

Lactancia para psiquiatras: Recomendaciones sobre el empleo de psicofármacos en madres lactantes

Ibone OLZA FERNÁNDEZ*; Elena SERRANO DROZDOWSKYJ*;
Carmen MUÑOZ LABIÁN**

RESUMEN

El tratamiento de los trastornos mentales maternos durante la lactancia presenta una complejidad añadida: el posible paso del psicofármaco a la leche y su efecto en el lactante. En la práctica clínica, la decisión de iniciar tratamiento psicofarmacológico a menudo conlleva el destete temprano, privando a la madre y al bebé de los efectos beneficiosos de la lactancia. Entre otros, la lactancia puede ser un instrumento facilitador de la recuperación psíquica y del establecimiento del vínculo materno-filial. Un mejor conocimiento de la farmacocinética en la lactancia y de los psicofármacos que pueden ser utilizados permitiría mantener la lactancia incluso cuando la madre precisa tratamiento farmacológico. En el presente trabajo se revisan y comentan los estudios más recientes publicados sobre el uso de psicofármacos en lactancia. El objetivo es establecer pautas que puedan orientar a los psiquiatras a la hora de establecer un plan de tratamiento que permita continuar con la lactancia. Se presta especial atención a la utilización de antidepresivos, ansiolíticos y estabilizadores del ánimo, puesto que son los psicofármacos que con mayor frecuencia se prescriben en madres puérperas. La decisión de iniciar tratamiento psicofarmacológico en madres lactantes debería ser tomada siempre por un equipo multidisciplinar (formado por médicos psiquiatras y pediatras y otros profesionales de enfermería y salud mental) que garantice el seguimiento de la díada madre-hijo y el tratamiento psicoterapéutico indicado. En cualquier caso, la utilización de psicofármacos no debería ser nunca el único abordaje terapéutico de los trastornos mentales del puerperio.

PALABRAS CLAVE: Lactancia materna. Psicofármacos. Lactante. Posparto.

* Psiquiatra. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

** Neonatóloga. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Correspondencia: Dra. Ibone Olza Fernández. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Manuel de Falla, 1. 28222 Majadahonda, Madrid (España).

Correo electrónico: ibone.olza@salud.madrid.org

RECIBIDO: 21-1-2011

ACEPTADO: 14-3-2011

Breastfeeding for psychiatrists: considerations before prescribing to nursing mother

SUMMARY

Treatment of maternal psychopathology during the postpartum period poses the clinical dilemma of having to choose the psychotropic drugs that are compatible with breastfeeding. The decision to initiate pharmacological treatment often involves weaning, depriving the mother and the baby of the beneficial effects of lactation. Breastfeeding can be a therapeutic tool to facilitate psychological recovery and establishment of mother-child bond. In this paper we present a review and discuss the most recent studies concerning the use of psychoactive drugs by nursing women. The aim is to establish guidelines that can guide psychiatrists when planning a treatment that will support breastfeeding. Special attention is given to the use of antidepressants, anxiolytics and mood stabilizers, the psychotropic drugs most frequently prescribed in postpartum mothers. Treatment of nursing mothers should always include a multidisciplinary team (consisting of psychiatrists and pediatricians and other nursing and mental health professionals) to ensure close monitoring and psychotherapeutic treatment. The use of psychotropic drugs should never be the only therapeutic approach in the treatment of puerperal mental disorders.

KEY WORDS: Breastfeeding. Psychopharmacology. Postpartum. Infant development.

INTRODUCCIÓN

El puerperio es un momento de vulnerabilidad psíquica que puede cursar con cuadros psicopatológicos específicos como son los trastornos afectivos del posparto y las psicosis puerperales. En muchos de estos casos puede ser necesario el tratamiento farmacológico durante la lactancia. Sin embargo, el temor a que se les recomiende destetar para recibir tratamiento con psicofármacos hace que muchas madres que amamantan demoren en consultar o que eviten el tratamiento. Igualmente, el desconocimiento de los beneficios de la lactancia y de los estudios recientes sobre la farmacocinética en la lactancia motiva que con frecuencia los psiquiatras o los médicos de atención primaria recomienden el destete temprano para que la madre pueda iniciar tratamiento psicofarmacológico. Probablemente esta excesiva prudencia esté motivando muchos destetes que se podrían evitar.

Los datos más recientes señalan que la gran mayoría de psicofármacos son seguros durante la lactancia. La Agencia Federal de Medicamentos estadounidense (FDA) está revisando sus recomendaciones en este sentido con el fin de mejorar la información que

se facilite en los prospectos sobre el uso de fármacos en la lactancia. Entre las modificaciones se pretende hacer hincapié en los beneficios de la lactancia materna incluyéndolos de forma detallada en todos los prospectos.^{1,2}

Recomendar tratamiento psicofarmacológico para una madre que amamanta a su bebé es una decisión compleja. Las indicaciones que motivan la necesidad de dichos tratamientos son múltiples y no es nuestro objetivo revisarlas en detalle. Simplemente las resumiremos en tres grandes grupos, que creemos se corresponden con las entidades nosológicas más frecuentes en el posparto: las depresiones posparto, las psicosis puerperales y los trastornos de ansiedad. A esto se añade la profilaxis de las psicosis puerperales en casos de madres que ya han padecido un episodio previo o que están diagnosticadas de trastorno bipolar.

El objetivo del presente trabajo es ofrecer información práctica y actualizada sobre el manejo de psicofármacos durante la lactancia.

LAS VENTAJAS DE LA LACTANCIA DESDE UNA PERSPECTIVA NEUROBIOLÓGICA

Los beneficios de la lactancia materna para la salud del bebé y de la madre han sido ampliamente demostrados. Tanto es así, que la Academia Americana de Pediatría recomendó hablar de los riesgos de la lactancia artificial en vez de las ventajas de la lactancia materna. No amamantar conllevaría riesgos objetivos de morbimortalidad para la madre y su hijo.³ La alimentación del bebé con sucedáneos de leche materna se asocia a corto plazo con una peor adaptación intestinal, un aumento de la incidencia y duración de procesos infecciosos, mayores tasas de hospitalización y mayor riesgo de mortalidad postneonatal. A medio y largo plazo se relaciona con dificultades en la alimentación, peor desarrollo neurológico, incremento del riesgo de obesidad, cáncer, enfermedades autoinmunes y alérgicas.³ Para una revisión detallada de los riesgos de la lactancia artificial puede consultarse el Manual de Lactancia Materna publicado por la Asociación Española de Pediatría. En la madre, la lactancia artificial se asocia con una peor involución uterina, peor recuperación del peso pregestacional, mayor incidencia de artritis reumatoide y aumento del riesgo de algunos tipos de cáncer y diabetes.³

Algunos de los beneficios de la lactancia se pueden comprender desde una perspectiva neurohormonal. Las dos principales hormonas involucradas en el amamantamiento son la prolactina y la oxitocina. La prolactina, además de intervenir directamente en la producción de la leche materna, desempeña un papel central en la adaptación del cerebro de la madre.⁴ Produce los cambios que dan lugar a la conducta maternal,⁵ o dicho de otra forma: la prolactina es una hormona que facilita el maternaje. Probablemente a las madres que tienen niveles altos de prolactina por la lactancia les resulte más fácil y sencilla la crianza. La prolactina tiene además un efecto ansiolítico, interviniendo en la regulación del eje HPA. Las madres que amamantan puntúan más bajo en las escalas de estrés, ansiedad y depresión que las que no lo hacen, y existe una correlación con los niveles de prolactina sérica.⁶ Este efecto

ansiolítico de la lactancia se ha descrito como especialmente importante en madres con trastornos afectivos.⁷ La prolactina también promueve que la madre desarrolle conductas de protección. Por ejemplo, agudiza la capacidad discriminativa auditiva materna, con lo que facilita la vigilancia del recién nacido.

Por su parte, la oxitocina favorece la eyección de leche materna. Además, media en el vínculo madre-hijo: con cada pico de oxitocina se produce un sentimiento amoroso, lo que favorece que la madre desee y busque la cercanía de su bebé.⁸ Asimismo aumenta los sentimientos de confianza y bienestar maternos,⁹ lo que incrementa su autoestima. Tiene además un importante poder ansiolítico, mejora la memoria social y fomenta el interés por las relaciones sociales. Esto evitaría la soledad durante el puerperio y en general contribuye al mejor humor.¹⁰ La oxitocina tiene también importantes efectos en el neurodesarrollo del lactante: la hormona materna se excreta en la leche y produce los mismos efectos en el cerebro del lactante, es decir, le produce relajación, serenidad, un mayor interés por las relaciones sociales y mejora la memoria social. Estos efectos de la oxitocina probablemente medien en el hallazgo de que la lactancia mejora el vínculo afectivo y disminuye el riesgo de maltrato infantil.¹¹

En resumen: ante una madre que está amamantando, tenemos que tener presente que la lactancia facilita la crianza y tiene un efecto ansiolítico. En cambio, el destete temprano podría dificultar el vínculo y la crianza y empeorar la ansiedad.

Tabla 1. Puntos clave para el tratamiento durante el puerperio

- El puerperio es un periodo de especial vulnerabilidad psíquica
- Puede ser el momento de inicio o descompensación de un trastorno mental
- El bienestar materno es fundamental para el adecuado desarrollo del bebé
- La lactancia favorece el bienestar materno y la salud del lactante
- El estado mental materno es el factor determinante para recomendar el inicio de un tratamiento farmacológico
- La mayoría de los psicofármacos son seguros para la lactancia
- Una adecuada monitorización (observación) minimizaría los posibles efectos adversos
- Para el adecuado tratamiento de la diada madre-bebé es necesario un equipo multidisciplinar

Consideraciones antes de prescribir

La elección de un tratamiento farmacológico para madres lactantes debe derivarse de un análisis individualizado de los riesgos y beneficios de cada opción terapéutica. Se deben considerar por lo tanto los riesgos de no tratar la enfermedad materna, tanto para la madre como para el bebé, los riesgos y beneficios del tratamiento específico y los riesgos y beneficios de la lactancia para la diada madre-bebe.¹⁶

Es preciso facilitar información científica completa sobre los riesgos y beneficios de los tratamientos para favorecer la toma de una decisión informada. Es imprescindible informar a la madre de la manera más detallada posible de la evidencia actual sobre la seguridad del fármaco para el bebé, ya que si no, corremos el peligro de que ella rechace u oculte la no cumplimentación del tratamiento por miedo a dañar al bebé, situación más habitual de lo que se piensa en la práctica diaria y que el clínico puede equivocadamente interpretar como una falta de respuesta a la medicación.

Las intervenciones no farmacológicas deberían ser consideradas en primer lugar, y de elección en depresiones de leves a moderadas. A la hora de elegir el psicofármaco adecuado para madres lactantes hay que tener en cuenta: la farmacocinética del fármaco en la madre, el transporte del fármaco a la leche, y la farmacocinética del lactante.

Monitorización del bebé

En todos los casos es imprescindible que el pediatra lleve a cabo una valoración completa del bebé previa al inicio del tratamiento. Dicha valoración debe prestar especial atención a los aspectos neurológicos, como ritmos de sueño y vigilia, psicomotricidad, irritabilidad y temperamento, puesto que son en estas áreas donde más fácilmente se detectarán los efectos de una intoxicación por psicofármacos. No se recomienda de manera rutinaria medir los niveles plasmáticos en el suero del bebé, tan sólo es recomendable ante un caso de sospecha de intoxicación. Sólo si los niveles son elevados y se observen síntomas en el bebé, se suspenderá la lactancia o se disminuirá la dosis de la toma materna (si es posible).

La monitorización del bebé es especialmente importante si tiene un peso bajo, es prematuro o presenta cualquier condición clínica comórbida. La mayoría de psicofármacos se metabolizan por vía hepática. El metabolismo hepático y renal del lactante va a variar en función de su edad. Es menor en los primeros meses de vida o en situación de prematuridad. La mayoría de psicofármacos se metabolizan por vía hepática. En las primeras semanas, la capacidad de metabolismo hepático es un tercio la del adulto. Es aún menor en los prematuros y en neonatos que presentan hiperbilirrubinemia. Posteriormente, esta capacidad se incrementa durante dos o tres meses, siendo mayor que la de los adultos.

Una vez elegido el fármaco, se recomienda iniciar el tratamiento con la mitad de la dosis habitual y realizar un incremento paulatino de la dosis, intentando mantener siempre la mínima dosis posible. Sólo ante la presencia de cualquier síntoma o signo de sospecha, se procederá a la determinación de los niveles plasmáticos del fármaco o sus metabolitos en el lactante.

Existe controversia sobre si los métodos actuales son adecuados para valorar la exposición a través de la leche y se están utilizando nuevas técnicas para su medida.^{47,48} Hasta la fecha, los datos disponibles de parámetros biológicos no se correlacionan con los efectos clínicos. Gentile⁴⁷ ha propuesto un índice de seguridad específico para cada

fármaco basado en la frecuencia y gravedad de los efectos adversos en bebés lactantes. Hale¹⁸ ha desarrollado las categorías de riesgo en la lactancia para que se puedan consultar en la práctica clínica. Se han sugerido pautas para amamantar que podrían minimizar la exposición del lactante al psicofármaco. Entre ellas estarían el tomar el fármaco después de la toma o extraer la leche de una toma, etc. Estas recomendaciones suelen generar mayor estrés y confusión en la madre. Además interfieren con el éxito de la lactancia, cuya clave es que sea a demanda, muy especialmente en las primeras semanas. A demanda significa prescindir del reloj y ofrecer el pecho cada vez que el bebé da señales de hambre o llora, independientemente de que hayan pasado veinte, cuarenta minutos, una, dos o tres horas desde la última toma.

Facilitar la lactancia

En general, hay que favorecer y facilitar la lactancia. Para ello, es fundamental fomentar la autoestima materna, la confianza materna en su capacidad de cuidar y amamantar al bebé, felicitarle por estar dando de mamar, buscar apoyo en la familia extensa, contar con el padre en todo el plan de tratamiento, y promover el descanso. A veces parece que la lactancia es el problema y que si la madre desteta conseguirá descansar. Sin embargo, como ya se mencionó, el destete puede suponer un perjuicio para el bienestar de la madre y en consecuencia para el del bebé. Para la madre deprimida o ansiosa sentirse presionada a destetar puede suponer un gran estrés que no se justifica.

Como profesionales, se tiene que recordar a las madres que el bebé necesita de su bienestar y estabilidad emocional. Y, sobre todo, es imprescindible que se respete al máximo la decisión (informada) final. No se debe olvidar que para algunas madres, la lactancia es agotadora pero para muchas otras, puede ser la única fuente de satisfacción a veces en condiciones muy adversas. Son muchas las madres que necesitan varias semanas para poder decidir si toman o no un tratamiento farmacológico, no hay que forzar la toma de decisiones en una única o primera consulta.

Se inicie o no el tratamiento farmacológico, las opciones de tratamiento no farmacológicas y la derivación a grupos de apoyo y consultas de lactancia, cada vez más numerosas, deben ser valoradas.¹⁹

TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO

ANTIDEPRESIVOS

Se considera que la mayoría de los antidepresivos son seguros durante la lactancia.^{20,21} La cantidad de antidepresivo que pasa a la leche materna varía según el fármaco. La recomendación de un fármaco frente a otro actualmente está determinada por los

niveles de antidepressivo en leche materna bajos o indetectables junto a la ausencia de casos reportados de efectos adversos graves en el lactante.

Tabla 2. Recomendaciones básicas para el tratamiento con psicofármacos

- Evaluar estado mental materno. Según gravedad y riesgos, previo consentimiento informado, iniciar o no un tratamiento farmacológico.
- Valorar apoyos familiares y derivación a grupos de madres.
- Favorecer la lactancia y la capacitación materna. Informar de sus beneficios.
- Elección del fármaco según respuesta previa y seguridad para la lactancia.
- Favorecer la monoterapia y la utilización de la mínima dosis eficaz.
- Monitorizar (observar) posibles efectos adversos en el lactante

Existen numerosos estudios que señalan la seguridad de los antidepressivos clásicos, es decir, los tricíclicos para el tratamiento de madres que amamantan. En una revisión sobre el tema Wisner y cols.,²² afirman que los recién nacidos a término sanos, de más de diez semanas, tienen muy poco riesgo de efectos secundarios si la madre toma tricíclicos, puesto que no se han detectado metabolitos en leche ni efectos adversos en los bebés amamantados mientras sus madres tomaban dichos fármacos.²² En estudios de seguimiento a largo plazo, no se han observado problemas en niños que lactaron cuando sus madres tomaban tricíclicos.²³ Tan sólo existe una excepción: la doxepina, que se desaconseja en lactancia materna por sus potenciales efectos tóxicos en el lactante tal y como se describió en un caso publicado.²⁴

Se han comunicado algunos casos en los que durante el tratamiento con antidepressivos como la fluoxetina, el lactante presentaba nerviosismo, irritabilidad, llanto excesivo, alteración del sueño y de la alimentación. En muchos de estos casos no ha sido posible establecer una relación directa entre la exposición y los efectos. En cualquiera de los supuestos, los efectos secundarios no son graves, suelen ser transitorios y ceden al retirar la medicación. En un caso de una madre tratada con citalopram se detectó el fármaco en el suero del bebé (de cuatro semanas) que presentaba alteración del sueño. Esta alteración cedió al bajar la dosis a la mitad e incluir dos tomas de biberón.²⁵

Respecto al escitalopram, los datos son escasos. En un estudio de ocho mujeres tratadas con escitalopram (10mg al día de dosis media) por depresión postparto se determinó que la dosis media total relativa de escitalopram y su metabolito en lactantes era del 5,3% de la dosis materna ajustada por peso. Este valor es inferior al 10%, que es el nivel de referencia en cuanto a seguridad. Las concentraciones plasmáticas en los lactantes fueron muy bajas o ausentes y no se observaron efectos adversos.^{26,27}

Los antidepressivos de primera elección serían la sertralina, la paroxetina y los tricíclicos (nortriptilina e imipramina), ya que existe suficientes pruebas científicas de que la cantidad de fármaco que llega a la leche materna es muy baja o indetectable y no

produce efecto alguno en el bebé.^{28,29} Varios autores coinciden en señalar que dentro de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) la sertralina es el tratamiento de elección en madres que amamantan a sus hijos.³⁰ Es un fármaco con un perfil muy similar a la fluoxetina, pero a diferencia de ésta no se detecta apenas en leche materna ni se han descrito efectos secundarios en los bebés de madres amamantadas con dicho fármaco. En un estudio en bebés de menos de seis semanas con lactancia exclusiva, cuyas madres tomaban sertralina, se evaluó el efecto sobre los receptores de serotonina plaquetarios. No se observó ninguna alteración, lo que se utilizó como un indicador de la ausencia de efecto sobre el sistema nervioso central del bebé.³¹ En otro estudio se detectó desmethylsertralina en un 24% de los bebés (de menos de 10 semanas) cuyas madres tomaban más de 100 mg de sertralina al día sin que se apareciese ningún efecto secundario.³²

La paroxetina o la fluvoxamina serían también opciones seguras ya que no se han detectado metabolitos en el suero de bebés amamantados cuyas madres los tomaban.³²

ANSIOLÍTICOS

Varios estudios han señalado que las benzodiazepinas de vida media larga, como el diazepam y el clonazepam, no son aconsejables para su uso durante la lactancia ya que hay algunos casos publicados en los que se observó sedación, letargia y pérdida de peso en bebés expuestos a dichos fármacos a través de la leche materna.^{33,34}

El lorazepam parece ser el fármaco de elección en madres que amamantan. En un estudio de 51 madres no se observó ningún efecto adverso en los bebés.^{35,36} Igualmente, no se observaron efectos adversos en lactantes de madres en tratamiento con oxazepam o temazepam.^{37,38}

En general, se sugiere que el uso de las benzodiazepinas de vida media corta o moderada no plantea problemas siempre que se haga de manera puntual y siguiendo las recomendaciones mencionadas anteriormente sobre el uso de psicofármacos en la lactancia.³⁹ En algunos casos de labilidad emocional y trastorno afectivo incipiente en puerperio inmediato, puede ser suficiente con plantear una breve «cura de sueño» de dos o tres días de duración, con lorazepam cada ocho horas, manteniendo la lactancia a demanda. No obstante, para favorecer el sueño y el descanso de la madre, se aconseja, siempre que sea posible, buscar apoyo familiar o bien contratar servicios de ayuda doméstica, lo que permite minimizar el uso de tranquilizantes.

ANTIPSICÓTICOS

Entre los antipsicóticos clásicos, la clorpromacina es el fármaco que más se ha estudiado en relación con la lactancia. En diversos estudios se han detectado niveles variables del fármaco en el suero de bebés amamantados.^{14,40} Un estudio de seguimiento a cinco años de bebés amamantados no observó ningún efecto secundario

atribuible al fármaco.⁴¹ Los estudios sobre casos de madres tratadas con haloperidol detectaron niveles del fármaco en el suero del lactante que no se correlacionaban con la dosis, pero sí con los niveles plasmáticos de la madre.^{16,42}

Algunos autores señalan que en las madres que llevan tiempo tomando un antipsicótico a dosis mínimas (como haloperidol o clorpromacina) los beneficios de la lactancia probablemente superen a los posibles riesgos de exponer al bebé a dosis mínimas de antipsicóticos. Sin embargo, según los mismos autores, para confirmar dicha hipótesis, sería preciso realizar más estudios de seguimiento de los lactantes. Por el contrario, en las madres que precisan dos antipsicóticos o dosis elevadas, sería más recomendable suprimir la lactancia.⁴³ En cualquier caso, siempre que se prescriba un antipsicótico en una madre que amamanta hay que prestar especial atención a valorar en el lactante la sedación, la ganancia de peso y el desarrollo psicomotor.

La información sobre los nuevos antipsicóticos en la lactancia es escasa.⁴⁴ Hay casos publicados que detectaron niveles plasmáticos de fármacos como la risperidona y la olanzapina en suero de bebés amamantados^{45,46} sin que se detectaran efectos en los lactantes. Los datos publicados respecto a la olanzapina y la clozapina son contradictorios. En la última revisión realizada por Gentile⁶⁶ se desaconseja el uso de la olanzapina porque parece estar asociada a un incremento del riesgo de aparición de síntomas extrapiramidales, y se contraindica la clozapina por el riesgo producir efectos adversos que amenacen la vida del lactante.

Respecto a la quetiapina, hasta la fecha, no se han comunicado efectos adversos en la administración sola o asociada con fluvoxamina ni con venlafaxina.⁴⁷⁻⁴⁹

En cuanto al aripiprazol y a la ziprasidona no se dispone de datos publicados.

ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO

El carbonato de litio es el tratamiento de elección en los casos de madres bipolares con antecedentes de psicosis puerperales, o incluso en la profilaxis de dichos episodios. Tradicionalmente se ha desaconsejado su uso durante la lactancia^{50,51} y el embarazo, y a las gestantes con trastorno bipolar se les recomendaba optar por la lactancia artificial.⁵²⁻⁵³ Esto se debía sobre todo a un estudio de 1972,⁵⁴ en el que en trece bebés expuestos al litio se encontraron niveles séricos muy altos. En un caso se produjo cianosis e hipotonía en un lactante cuya madre había tomado litio durante el embarazo y la lactancia. Dicho bebé presentaba además un soplo cardiaco congénito. En los restantes, en cuatro bebés no se observaron reacciones adversas y en ocho no se refería el estado clínico.⁵⁴

Sin embargo, en estudios recientes, se ha observado que los niveles de litio en leche y en suero plasmático de lactantes expuestos son bajos y bien tolerados⁵⁵ por lo que algunos autores han sugerido que se revisen las recomendaciones internacionales sobre el uso del mismo en madres lactantes. Las concentraciones plasmáticas de litio en el lactante, en la leche materna, y el plasma materno siguen aproximadamente la regla de los medios: se estima que la leche materna contiene alrededor de la mitad de la

concentración del plasma materno, y la concentración plasmática del lactante sería la mitad de la de la leche materna, así que respecto a la plasmática de la madre sería un cuarto.⁵⁵ Se ha detectado una alta variabilidad interpersonal en el paso del litio a la leche materna⁷ por lo que, en cualquier caso, se recomienda un seguimiento estrecho que incluya una monitorización de los niveles de litio en leche y/o en plasma del lactante.⁵⁶

La disminución del aclaramiento renal en los neonatos puede elevar los niveles de litio. Una de los riesgos en los lactantes, es su propensión a deshidratarse rápidamente, sobretodo en caso de presentar fiebre.

En el caso de decidir iniciar o mantener el tratamiento con litio, se recomienda:

- Previo al inicio, evaluar la función renal, tiroidea y neurológica.
- Utilizar la mínima dosis efectiva.
- Monitorizar los niveles plasmáticos maternos y del neonato.
- En colaboración con el pediatra, vigilar los signos de toxicidad por litio, así como monitorizar la función tiroidea (TSH) y renal (BUN, creatinina), cada seis u ocho semanas mientras el bebé esté lactando. Los signos de toxicidad por litio incluyen: cianosis, hipotonía e hipotermia.

Tabla 3. Resumen de psicofármacos en la lactancia

Antidepresivos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sertralina, paroxetina y nortriptilina son compatibles con la lactancia ▪ Se han comunicado efectos adversos con fluoxetina, citalopram y dasepina
Antipsicóticos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Datos limitados
Litio
<ul style="list-style-type: none"> ▪ En caso de tratamiento, es imprescindible monitorizar la función renal, tiroidea y el estado neurológico del bebé
Carbamacepina y valproato
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La información disponible es contradictoria ▪ Evitar si vulnerabilidad hepática (prematuros, hiperbilirrubinemia) ▪ Monitorización hepática
Lamotrigina y otros antiepilépticos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los datos son limitados, aunque no se han observado efectos adversos
Benzodiacepinas
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se recomienda el loracepam. Riesgo de sedación y abstinencia ▪ Evitar las benzodiacepinas de vida media larga y los tratamientos prolongados

Antiepilépticos

Aunque la Academia de Pediatría Americana desaconseja el uso de la carbamacepina y el ácido valproico durante la lactancia, pocos estudios han evaluado el impacto de estos dos fármacos en la salud del lactante. Ambos fármacos se han asociado en los adultos con disfunción hepática y hepatotoxicidad. El riesgo de hepatotoxicidad es mayor en menores de dos años, por lo que los lactantes serían especialmente vulnerables a este efecto indeseado. Si la madre está tomando el fármaco, se deben monitorizar los niveles plasmáticos de la madre y del lactante, y la función hepática.

Hay una serie de casos publicados de madres que amamantaron mientras tomaban ácido valproico. Algunos autores lo consideran una opción segura. Sin embargo, los detractores argumentan que los niveles del fármaco en el plasma del lactante pueden llegar a ser superiores a los de la madre, que en un caso se observó una trombocitopenia grave reversible al cesar la lactancia y que hay el riesgo de hepatotoxicidad grave en menores de dos años que toman este fármaco.^{40,50}

En 25 casos de lactantes expuestos a carbamacepina hubo dos que presentaron disfunción hepática transitoria. En ambos casos habían tenido exposición intraútero al mismo fármaco.²⁰

En cuanto a la lamotrigina, sólo hay un caso publicado recientemente de toxicidad neonatal a través de la leche materna.⁵⁷ En la literatura previa revisada³ no se han encontrado efectos adversos sobre los lactantes. A pesar de este caso, los expertos siguen recomendando el inicio y el mantenimiento de la lactancia dados los importantes beneficios de la leche materna. Las madres en tratamiento con lamotrigina suelen haber iniciado el mismo antes del parto. Las variaciones en el volumen plasmático y en el metabolismo durante el embarazo, hacen que se tengan que modificar la dosis de tratamiento durante este período para mantener las concentraciones adecuadas en sangre. Estas dosis pueden ser excesivas en el postparto. Por lo tanto, la intoxicación del lactante es más probable que se dé en el caso de que no se haya realizado un ajuste suficiente y gradual de la dosis en las semanas posteriores al parto.

Los datos actuales sugieren que tanto la oxcarbazepina, topiramato, gabapentina como el levetiracetam no se asocian con efectos adversos aunque los niveles en la leche sean elevados.⁵⁸⁻⁶³

Papel de los estabilizadores del ánimo en la profilaxis de episodios de psicosis puerperales

En el caso de las psicosis puerperales, la gravedad psicopatológica materna en muchas ocasiones imposibilita prácticamente la lactancia y el que la madre se ocupe del bebé. Lamentablemente no existen en nuestro país unidades de hospitalización psiquiátrica especializadas donde puedan ingresar la madre y el bebé de manera conjunta (recordar que en Francia por ejemplo hay 12),⁶⁴ por lo que en estos casos la madre suele terminar

ingresada y separada de su bebé hasta la remisión del cuadro agudo y la lactancia se termina de forma abrupta. Es importante saber que a veces es posible relactar, es decir, volver a amamantar incluso después de semanas sin haber dado el pecho, igual que es posible conseguir amamantar a un bebé adoptado (los grupos de apoyo a la lactancia suelen ofrecer un importante apoyo en estos casos).

Tabla 4. Recursos en Internet

- www.e-lactancia.org. Página web del Servicio de Pediatría del Hospital de Denia, para consultar la compatibilidad de cualquier fármaco con la lactancia materna.
- Foro de lactancia de la Asociación Española de Pediatría: foro online de consulta para padres y profesionales (disponible en: <http://www.aeped.es/foros/foro-comite-lactancia-materna>)
- www.ihan.es: listado de grupos de apoyo a la lactancia
- Página web de la Universidad de Harvard (disponible en: <http://www.womensmentalhealth.org/specialty-clinics/breastfeeding-and-psychiatric-medication/>)

En el caso de madres diagnosticadas de trastorno bipolar y que, por lo tanto, presentan un alto riesgo de psicosis en el puerperio, la decisión de amamantar al bebé es compleja. En primer lugar, el carbonato de litio es uno de los fármacos que más problemas plantea en la lactancia, y la mayoría de los autores desaconsejan la lactancia en esta situación, aunque existen algunos casos documentados de madres que amamantaron exitosamente con litio.⁵⁵ Sin embargo, si la madre deja de tomar el litio por su cuenta por miedo a que el fármaco dañe al bebé, su estado mental puede deteriorarse rápidamente. Tampoco resulta indicado en estos casos el aconsejar que amamante y postponer el inicio de la terapia con litio confiando en que desde el primer síntoma la madre acudirá al psiquiatra. Para los autores de la página *web* canadiense Motherisk, en estos casos es especialmente importante tener en cuenta el efecto estabilizador de la prolactina. Por todo ello en casos de madres con trastorno bipolar, conciencia de enfermedad, estables, con buen apoyo familiar y que desean amamantar se puede intentar siempre y cuando se haga un seguimiento estrecho de madre y bebé, y se trate de manera precoz las alteraciones psicopatológicas que aparezcan.⁵⁵ Nuestro grupo de trabajo ha publicado recientemente un caso de lactancia materna con litio en el que no se objetivaron efectos adversos en el lactante a los largo de los seis primeros meses.⁶⁵

CONCLUSIONES

Los casos de madres lactantes que precisan tratamiento psicofarmacológico requieren una valoración detallada del estado mental materno y una exploración completa del lactante previas al inicio del tratamiento. Los beneficios de la lactancia materna exceden ampliamente a los de la lactancia artificial, por lo que los profesionales de la salud deberían tener muy presentes dichos beneficios y favorecer la continuación la lactancia siempre que sea posible.

Los estudios publicados sugieren que la mayoría de los antidepresivos pueden ser utilizados durante la lactancia. En concreto, la sertralina es considerada por algunos autores el tratamiento de elección en estos casos, mientras que se desaconseja el uso de la fluoxetina y de la doxepina. Entre los ansiolíticos, la utilización puntual de benzodiazepinas de vida media corta no presenta mayores problemas, mientras que se deben evitar las de vida media larga. El carbonato de litio es el fármaco que mayores problemas plantea en la lactancia, no obstante algunos autores mencionan que se puede utilizar con prudencia siempre que se monitoricen los niveles plasmáticos del bebé y que se realice una vigilancia estrecha del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Feibus KB. FDA's proposed rule for pregnancy and lactation labelling: improving maternal child health through well-informed medicine use. *J Med Toxicol.* 2008;4(4):284-8.
2. Kweder SL. Drugs and biologics in pregnancy and breastfeeding: FDA in the 21st century. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol.* 2008;82(9):605-9.
3. Hernandez Aguilar MT, Aguayo Maldonado J, Gomez Papi A. Toma de decisiones informadas sobre la alimentación del lactante. En: Asociación Española de Pediatría, editor. *Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica.* Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2008. p. 41-7.
4. Grattan DR. The actions of prolactin in the brain during pregnancy and lactation. *Prog Brain Res.* 2001;133:153-71.
5. Bridges RS, Numan M, Ronsheim PM, Mann PE, Lupini CE. Central prolactin infusions stimulate maternal behavior in steroid-treated, nulliparous female rats. *Proc Natl Acad Sci USA.* 1990;87(20):8003-7.
6. Nissen E, Gustavsson P, Widstrom AM, Uvnas-Moberg K. Oxytocin, prolactin, milk production and their relationship with personality traits in women after vaginal delivery or Cesarean section. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1998;19(1):49-58.
7. Moretti ME. Psychotropic drugs in lactation- Motherisk Update 2008. *Can J Clin Pharmacol.* 2009;16(1):e49-57.
8. Ekstrom A, Nissen E. A mother's feelings for her infant are strengthened by excellent breastfeeding counseling and continuity of care. *Pediatrics.* 2006;118(2):e309-14.
9. Zak PJ. The neurobiology of trust. *Sci Am.* 2008;298(6):88-92, 95.
10. Lee HJ, Macbeth AH, Pagani JH, Young WS, 3rd. Oxytocin: the great facilitator of life. *Prog Neurobiol.* 2009;88(2):127-51.
11. Strathearn L, Mamun AA, Najman JM, O'Callaghan MJ. Does breastfeeding protect against substantiated child abuse and neglect? A 15-year cohort study. *Pediatrics.* 2009;123(2):483-93.
12. Radford A. The ecological impact of bottle feeding. *Breastfeed Rev.* 1992;5(2):204-8.
13. Dettwyler KA. Duration of breast feeding and adult arterial distensibility. Humans are primates, designed to breast feed for years not months. *BMJ.* 2001;323(7314):689-90.
14. Earls MF. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health American Academy of Pediatrics. Incorporating recognition and management of perinatal and postpartum depression into pediatric practice. *Pediatrics.* 2010;126(5):1032-9.
15. Beck CT, Watson S. Impact of birth trauma on breast-feeding: a tale of two pathways. *Nurs Res.* 2008;57(4):228-6.
16. Lanza di Scalea T, Wisner KL. Antidepressant medication use during breastfeeding. *Clin Obstet Gynecol.* 2009;52(3):483-97.
17. Gentile S. Use of contemporary antidepressants during breastfeeding: a proposal for a specific safety index. *Drug Saf.* 2007;30(2):107-21.
18. Hale TW. Maternal medications during breastfeeding. *Clin Obstet Gynecol.* 2004;47(3):696-711.
19. Kendall-Tackett K, Hale TW. The use of antidepressants in pregnant and breastfeeding women: a review of recent studies. *J Hum Lact.* 2010;26(2):187-95.
20. Burt VK, Suri R, Altshuler L, Stowe Z, Hendrick VC, Muntean E. The use of psychotropic medications during breast-feeding. *Am J Psychiatry.* 2001;158(7):1001-9.
21. Weissman AM, Levy BT, Hartz AJ, Bentler S, Donohue M, Ellingrod VL, et al. Pooled analysis of antidepressant levels in lactating mothers, breast milk, and nursing infants. *Am J Psychiatry.* 2004;161(6):1066-78.
22. Wisner KL, Perel JM, Findling RL. Antidepressant treatment during breast-feeding. *Am J Psychiatry.* 1996;153(9):1132-7.
23. Yoshida K, Smith B, Kumar R. Psychotropic drugs in mothers' milk: a comprehensive review of assay methods, pharmacokinetics and of safety of breast-feeding. *J Psychopharmacol.* 1999;13(1):64-80.
24. Matheson I, Pande H, Alertsen AR. Respiratory depression caused by N-desmethyldoxepin in breast milk. *Lancet.* 1985;2(8464):1124.
25. Schmidt K, Olesen OV, Jensen PN. Citalopram and breast-feeding: serum concentration and side effects in the infant. *Biol Psychiatry.* 2000;47(2):164-5.
26. Rampono J, Hackett LP, Kristensen JH, Kohan R, Page-Sharp M, Ilett KF. Transfer of escitalopram and its metabolite demethylescitalopram into breastmilk. *Br J Clin Pharmacol.* 2006;62(3):316-22.
27. Rampono J, Kristensen JH, Hackett LP, Paech M, Kohan R, Ilett KF. Citalopram and demethylcitalopram in human milk; distribution, excretion and effects in breast fed infants. *Br J Clin Pharmacol.* 2000;50(3):263-8.
28. Hendrick V, Stowe ZN, Altshuler LL, Hostetter A, Fukuchi A. Paroxetine use during breast-feeding. *J Clin Psychopharmacol.* 2000;20(5):587-9.

29. Newport DJ, Hostetter A, Arnold A, Stowe ZN. The treatment of postpartum depression: minimizing infant exposures. *J Clin Psychiatry*. 2002;63 Suppl 7:31-44.
30. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Clinical practice. Postpartum depression. *N Engl J Med*. 2002;347(3):194-9.
31. Epperson N, Czarkowski KA, Ward-O'Brien D, Weiss E, Gueorguieva R, Jatlow P, et al. Maternal sertraline treatment and serotonin transport in breast-feeding mother-infant pairs. *Am J Psychiatry*. 2001;158(10):1631-7.
32. Hendrick V, Fukuchi A, Altschuler L, Widawski M, Wertheimer A, Brunhuber MV. Use of sertraline, paroxetine and fluvoxamine by nursing women. *Br J Psychiatry*. 2001;179:163-6.
33. Patrick MJ, Tilstone WJ, Reavey P. Diazepam and breast-feeding. *Lancet*. 1972;1(7749):542-3.
34. Soderman P, Matheson I. Clonazepam in breast milk. *Eur J Pediatr*. 1988;147(2):212-3.
35. Whitelaw AG, Cummings AJ, McFadyen IR. Effect of maternal lorazepam on the neonate. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1981;282(6270):1106-8.
36. Summerfield RJ, Nielsen MS. Excretion of lorazepam into breast milk. *Br J Anaesth*. 1985;57(10):1042-3.
37. Wretling M. Excretion of oxazepam in breast milk. *Eur J Clin Pharmacol*. 1987;33(2):209-10.
38. Lebedevs TH, Wojnar-Horton RE, Yapp P, Roberts MJ, Dusci LJ, Hackett LP, et al. Excretion of temazepam in breast milk. *Br J Clin Pharmacol*. 1992;33(2):204-6.
39. Birnbaum CS, Cohen LS, Bailey JW, Grush LR, Robertson LM, Stowe ZN. Serum concentrations of antidepressants and benzodiazepines in nursing infants: A case series. *Pediatrics*. 1999;104(1):e11.
40. Buist A. Treating mental illness in lactating women. *Medscape Womens Health*. 2001;6(2):3.
41. Kris EB, Carmichael DM. Chlorpromazine maintenance therapy during pregnancy and confinement. *Psychiatr Q*. 1957;31(4):690-5.
42. Yoshida K, Smith B, Craggs M, Kumar R. Neuroleptic drugs in breast-milk: a study of pharmacokinetics and of possible adverse effects in breast-fed infants. *Psychol Med*. 1998;28(1):81-91.
43. Tenyi T, Csabi G, Trixler M. Antipsychotics and breast-feeding: a review of the literature. *Paediatr Drugs*. 2000;2(1):23-8.
44. Winans EA. Antipsychotics and breastfeeding. *J Hum Lact*. 2001;17(4):344-7.
45. Hill RC, McIvor RJ, Wojnar-Horton RE, Hackett LP, Ilett KF. Risperidone distribution and excretion into human milk: case report and estimated infant exposure during breast-feeding. *J Clin Psychopharmacol*. 2000;20(2):285-6.
46. Barnas C, Bergant A, Hummer M, Saria A, Fleischhacker WW. Clozapine concentrations in maternal and fetal plasma, amniotic fluid, and breast milk. *Am J Psychiatry*. 1994;151(6):945.
47. Gentile S. Quetiapine-fluvoxamine combination during pregnancy and while breastfeeding. *Arch Womens Ment Health*. 2006;9(3):158-9.
48. Misri S, Corral M, Wardrop AA, Kendrick K. Quetiapine augmentation in lactation: a series of case reports. *J Clin Psychopharmacol*. 2006;26(5):508-11.
49. Rampono J, Kristensen JH, Ilett KF, Hackett LP, Kohan R. Quetiapine and breast feeding. *Ann Pharmacother*. 2007;41(4):711-4.
50. Chaudron LH, Jefferson JW. Mood stabilizers during breastfeeding: a review. *J Clin Psychiatry*. 2000;61(2):79-90.
51. Chisholm CA, Kuller JA. A guide to the safety of CNS-active agents during breastfeeding. *Drug Saf*. 1997;17(2):127-42.
52. Chaudron LH. When and how to use mood stabilizers during breastfeeding. *Prim Care Update Ob Gyns*. 2000;7(3):113-7.
53. Howland RH. Prescribing psychotropic medications during pregnancy and lactation: principles and guidelines. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2009;47(5):19-23.
54. Tunnessen WW, Jr, Hertz CG. Toxic effects of lithium in newborn infants: a commentary. *J Pediatr*. 1972;81(4):804-7.
55. Viguera AC, Newport DJ, Ritchie J, Stowe Z, Whitfield T, Mogielnicki J, et al. Lithium in breast milk and nursing infants: clinical implications. *Am J Psychiatry*. 2007;164(2):342-5.
56. Tanaka T, Moretti ME, Verjee ZH, Shupak M, Ivanyi KE, Ito S. A pitfall of measuring lithium levels in neonates. *Ther Drug Monit*. 2008;30(6):752-4.
57. Madadi P, Ito S. Perinatal exposure to maternal lamotrigine: clinical considerations for the mother and child. *Can Fam Physician*. 2010;56(11):1132-4.
58. Yonkers KA, Wisner KL, Stowe Z, Leibenluft E, Cohen L, Miller L, et al. Management of bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period. *Am J Psychiatry*. 2004;161(4):608-20.
59. Iqbal MM, Gundlapalli SP, Ryan WG, Ryals T, Passman TE. Effects of antimanic mood-stabilizing drugs on fetuses, neonates, and nursing infants. *South Med J*. 2001;94(3):304-22.
60. Tetteborn B. Management of epilepsy in women of childbearing age: practical recommendations. *CNS Drugs*. 2006;20(5):373-87.
61. Gentile S. Prophylactic treatment of bipolar disorder in pregnancy and breastfeeding: focus on emerging mood stabilizers. *Bipolar Disord*. 2006;8(3):207-20.
62. Sit D, Rothschild AJ, Wisner KL. A review of postpartum psychosis. *J Womens Health (Larchmt)*. 2006;15(4):352-68.
63. Stowe ZN. The use of mood stabilizers during breastfeeding. *J Clin Psychiatry*. 2007;68 Suppl 9:22-8.
64. Cazas O, Glangeaud-Freudenthal NM. The history of Mother-Baby Units (MBUs) in France and Belgium

- and of the French version of the Marce checklist. Arch Womens Ment Health. 2004;7(1):53-8.
65. Marin-Gabriel MA, Olza-Fernández I, Donoso E, Gutierrez-Cruz N. Litio y lactancia artificial...¿o mejor lactancia materna? An Pediatr (Barc). 2011 (en prensa).
66. Gentile S. Infant safety with antipsychotic therapy in breast-feeding: a systematic review. J Clin Psychiatry. 2008;69(4):666-73.